

会員共済制度の見舞金、祝金及び介護支援助成金の支給に関する要領

平成5年4月1日

要領第5号

改正	平成12年	9月	1日	平成14年	4月	1日
	平成21年	9月	2日	令和3年	3月	10日
	令和3年	3月	31日	令和3年	6月	8日

(目的)

第1条 この要領は美濃加茂商工会議所団体保険共済規程（平成5年規程第16号）第20条に基づき、会員共済見舞金、祝金及び介護支援助成金の支給に必要なことを定める。

(見舞金等)

第2条 見舞金は保険加入者が病気により5日以上にわたって入院及び不慮の事故より5日以上にわたって通院したとき

2 祝金は、本制度加入1年以上の加入者が結婚、出産したときおよび加入者の配偶者が出産したとき

3 介護支援助成金は、本制度加入1年以上の加入者の配偶者および同居する加入者または配偶者の直系尊属が公的介護保険の要介護1以上の認定を受けたとき

4 前記1項から3項に掲げる給付金は、1口につき5,000円とし、請求事由があった日から3年以内に請求があった場合に加入者に給付する。

(請求手続き)

第3条 見舞金を請求しようとするものは、別紙様式第1号に定める入院・通院証明書又は入院、通院を証明できる領収書等の写しを添付、祝金を請求しようとするものは、別紙様式第2号により結婚、出産したことを証明できる戸籍抄本等の写しを添付、介護支援助成金を請求するものは、別紙様式第3号により介護保険証又は介護認定通知書の写しを添付し、請求手続きを行うものとする。

(給付の制限)

第4条 見舞金支給の対象となる入院、通院は、同一症状について一年（見舞金の給付後一年間）一回を限度とする。介護助成金支給の対象となる要介護認定者一人につき一回限りとする。

(見舞金等の支払日)

第5条 見舞金、祝金及び介護支援助成金の支払日は、原則して毎月15日までに請求のあったものについて、その月の末日に支払うものとする。

附 則

- 1 この要領は、公布の日から施行する。
- 2 平成5年4月末日までに不慮の事故による通院の事実があり、その通院が5日以上及ぶ者が平成5年5月末日までに見舞金請求の手続きをしたときは、美濃加茂市商工会団体生命保険共済規程を準用し、見舞金の支給をすることができる。

附 則

- 1 この要領は、平成12年9月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領の一部改正（第1条から第5条）は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

- 1 第2条の一部改正は、平成21年9月2日から施行する。

附 則

- 1 第2条の一部改正は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

- 1 第2条の一部改正は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

- 1 第2条の一部改正は、令和3年9月1日から施行する。

# 入院・通院証明書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

1 傷 病 名

\_\_\_\_\_

2 入院・通院の内容

上記の者は1の傷病治療のため

年 月 日から

年 月 日まで



当院へ入院・通院したことを証明します。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

様式第1号（第3条関係）

下記のことを認定し入院・通院見舞金を給付送金してよろしいか。

決 裁	会 頭	専務理事	事務局長	相談所長	総務課長	課長補佐	係 長	回 議	担 当
	専 決								
						起 案	決 裁	伝 票	送金日

## 入院・通院 見舞金請求書

①	事業所番号		④	被保険者番号	
②	事業所名		⑤	被保険者名	
③	事業所 TEL		⑥	加 入 口 数	

入院・通院見舞金請求金額	¥		円
--------------	---	--	---

《入院・通院見舞金発生事由に関する事項》

入院・ 通院者	住 所				
	氏 名		年 月 日生	性別	男・女
入 院 通 院 の 記 入 欄	傷 病 名				
	入院・通院 した医療機関	所在地	電話	—	
	入院・通院 した期間		年 月 日から	日	日間
			年 月 日まで	数	
入 院 ・ 通 院 見舞金送金希望 金 融 機 関 名	金融機関名	支店			
	普 ・ 当	口座番号			
	口座名義				

※5日以上通院または入院したことがわかる領収書または診断書の写しを添付して下さい。

※1人につき年1回（4月～翌3月）が限度です。

上記事実と相違ないことを証明し、入院・通院見舞金を請求します。

令和 年 月 日

美濃加茂商工会議所会頭 様

所 在 地 \_\_\_\_\_

事 業 所 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

※1 美濃加茂商工会議所「あじさい共済」はアクサ生命保険(株)を引受会社とする定期保険(団体型)と美濃加茂商工会議所が独自に実施する、祝金・見舞金等の制度で構成されています。

※2 本請求書に記載された個人情報、祝金・見舞金等の支払の可否判断を含む給付金支払手続き等に利用します。

様式第2号（第3条関係）

下記のことを認定し結婚・出産祝金を給付送金してよろしいか。

決 裁	会 頭	専務理事	事務局長	相談所長	総務課長	課長補佐	係 長	回 議	担 当
	専 決								
						起 案	決 裁	伝 票	送金日

## 結婚・出産 祝金請求書

①	事業所番号		④	被保険者番号	
②	事業所名		⑤	被保険者名	
③	事業所 TEL		⑥	加 入 口 数	

結婚・出産祝金請求金額	¥	円
-------------	---	---

《結婚・出産祝金請求事由に関する事項》

※共済加入日は事務局で記入します。

結婚・	住 所				
出産者	氏 名		年 月 日生	性別	男・女
結婚・出産の日	年 月 日	共済加入日※	年 月 日		
結 婚・出 産	金融機関名	支店			
祝金送金希望	普 ・ 当	口座番号			
金 融 機 関 名	口 座 名 義				

※結婚・出産したことを証明できる書類（戸籍抄本、母子手帳等）の写しを添付して下さい。  
※この祝金は、本制度に1年以上加入の被保険者が結婚・出産および配偶者が出産した場合に支給します。

上記事実と相違ないことを証明し、結婚・出産祝金を請求します。

令和 年 月 日

美濃加茂商工会議所会頭 様

所在地 \_\_\_\_\_  
事業所名 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印

※1 美濃加茂商工会議所「あじさい共済」はアクサ生命保険(株)を引受会社とする定期保険(団体型)と美濃加茂商工会議所が独自に実施する、祝金・見舞金等の制度で構成されています。

※2 本請求書に記載された個人情報は、祝金・見舞金等の支払の可否判断を含む給付金支払手続き等に利用します。

様式第3号（第3条関係）

下記のことを認定し介護支援助成金を給付送金してよろしいか。

決 裁	会 頭	専務理事	事務局長	相談所長	総務課長	課長補左	係 長	回 議	担 当
	専 決								
						起 案	決 裁	伝 票	送金日

## 介護支援助成金請求書

①	事業所番号		④	被保険者番号	
②	事業所名		⑤	被保険者名	
③	事業所 TEL		⑥	加 入 口 数	

介護支援助成金請求金額                      ¥                      円

《介護支援助成金発生事由に関する事項》

※共済加入日は事務局で記入します。

被 認 定 者	住 所				
	氏 名		年 月 日生	性別	男・女
認 定	市町村		要介護状態区分		
	認定日	年 月 日	被保険者との続柄		
	有効期間	～ 年 月 日	共済加入日※	年 月 日	
介護支援助成金	金融機関名	支店			
送金希望	普・当	口座番号			
金融機関名	口座名義				

※介護保険証又は介護認定通知書の写しを添付して下さい。支給は要介護者1人に対し1回限りです。

※被保険者と同居が確認できる書類の写しを添付して下さい。

※この助成金は、本制度に1年以上加入の被保険者が該当した場合に支給します。

上記事実に相違ないことを証明し、介護支援助成金を請求します。

令和            年            月            日

美濃加茂商工会議所会頭 様

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

※1 美濃加茂商工会議所「あじさい共済」はアクサ生命保険(株)を引受会社とする定期保険(団体型)と美濃加茂商工会議所が独自に実施する、祝金・見舞金等の制度で構成されています。

※2 本請求書に記載された個人情報、祝金・見舞金等の支払の可否判断を含む給付金支払手続き等に利用します。